UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 31

Indications opératoires chez les Cancéreux

d'après les

" Hémo-Tests Associés de Mattei "

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1951

PAR

François-Michel RABATEL

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
GADRAT
GRIMOUD
GÉRAUD
} *Assesseurs*
BAZEX, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

RABATEL (François-Michel).

Indications opératoires chez les Cancéreux, d'après les Hémo-Tests associés de Mattéi.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 31.

RABATEL (François-Michel).

Indications opératoires chez les Cancéreux, d'après les Hémo-Tests associés de Mattéi.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 31.

RABATEL (François-Michel).

Indications opératoires chez les Cancéreux, d'après les Hémo-Tests associés de Mattéi.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 31.

RABATEL (François-Michel).

Indications opératoires chez les Cancéreux, d'après les Hémo-Tests associés de Mattéi.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 31.

INDICATIONS OPERATOIRES CHEZ LES CANCEREUX

D'APRÈS LES

HÉMO-TESTS ASSOCIÉS DE MATTEI

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL	MM. MERIEL	MM. RIBAUT
LAFFORGUE	VALLOIS	SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		MM. DEODATI
Physique Médicale		MARQUÈS
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médécine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÉS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 31

Indications opératoires chez les Cancéreux

d'après les

" Hémo-Tests Associés de Mattei "

—*—

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1951

PAR

François-Michel RABATEL

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
GADRAT
GRIMOUD
GÉRAUD
} *Assesseurs*
BAZEX, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON GRAND-PÈRE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Prfesseur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédie. - Chirurgien des Hôpitaux,

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur GADRAT
Professeur de Thérapeutique. - Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur GRIMOUD
Professeur de Pathologie Chirurgicale.

Monsieur le Professeur GÉRAUD
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur BAZEX, suppléant.
Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur THOMAS
Chirurgien de l'Hôpital de Riom,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa réalisation. Avec toute notre reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoigné.

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE

A Monsieur MAUVERNAY

Docteur en Pharmacie,

dont les conseils et les travaux de laboratoire nous ont permis d'effectuer ce travail. Qu'il veuille bien croire à notre sincère reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Les premières recherches sur les Hémo-Tests Associés débutèrent, en 1938, sous les auspices du Professeur Besredka, de l'Institut Pasteur, et de Madame le Docteur Marie Phisalix, titulaire de la chaire d'Herpétologie au Muséum d'Histoire Naturelle.

Depuis, l'expérimentation s'est notablement développée, aussi bien dans divers Services Hospitaliers de Paris que dans plusieurs Hôpitaux de Banlieue et de Province.

Divers travaux ont été publiés, montrant l'intérêt particulier de ces Tests, surtout en Cancérologie et en Phtisiologie.

De fait, cette méthode apporte au praticien des indications nouvelles qui semblent propres à faciliter singulièrement sa tâche. Certes, le laboratoire offre déjà depuis de nombreuses années quantité de ressources précieuses. Mais l'investigation biologique s'est surtout orientée jusqu'à présent vers des recherches d'ordre spécifique, négligeant l'étude des qualités individuelles de chaque malade devant chaque affection. Pourtant l'évaluation du potentiel organique, qu'un individu peut opposer à la maladie, la prospection de ses faiblesses et de ses ressources biologiques ne sont-elles pas d'un in-

térêt primordial pour tout pronostic et pour toute thérapeutique?

C'est sur ces notions se rapportant aux qualités individuelles d'auto-défense que les Hémo-tests associés vont fournir les plus remarquables précisions. Mais ils donnent également d'autres renseignements utiles aussi bien pour un diagnostic précoce, que pour l'évaluation de la tendance évolutive de l'affection, qu'il s'agisse de néoplasie ou de tuberculose.

En somme, ces tests permettent au médecin d'apprécier avec plus de justesse la valeur organique de son patient, en fonction du degré évolutif de sa maladie.

Avant d'étudier, d'ailleurs d'une manière succincte, les principes et la technique des Hémo-tests associés de Mattéi, il convient de s'entendre sur leur signification exacte.

« Il ne s'agit pas d'une nouvelle réaction de laboratoire, mais d'une investigation sérologique d'un concept nouveau, laquelle, obligatoirement associée à l'examen clinique du malade, met en évidence un reflet humoral de l'état morbide » (Mattéi).

« Nous appelons Hémo-tests associés l'étude simultanée, dans le sang total citraté, de plusieurs variables ayant chacune une signification différente :

— Des Hémolyses originales que nous rapportons à l'auto-défense, chiffrent le potentiel organique du sujet.

— La vitesse de sédimentation globulaire, facteur connu, traduit un complexe d'ordre lésionnel » (Mattéi).

Ces épreuves « objectivent des notions qui, pour certains, paraîtront innover alors qu'elles ne feront que confirmer pour d'autres » (Mattéi).

En effet, si les Tests apportent, comme nous l'avons déjà vu, d'intéressants renseignements sur la mesure de l'auto-défense et sur le degré évolutif de l'affection, ils concrétisent également d'autres facteurs plus contestés. Notamment, ils donnent, de la notion de terrain, une

véritable conception visuelle dans les différentes diathèses cancérigène, tuberculinogène ou arthritique. De fait, ces terrains apparaissent alors d'une façon visible, car « chaque groupe hémolytique qui leur correspond est aussi facile à lire qu'un B. W. » (Mattéi).

Nous tenons également à préciser que notre étude des Hémo-tests associés se limitera ici à leur seul intérêt en cancérologie.

Rappelons, cependant, qu'ils offrent des ressources tout aussi appréciables dans différents autres états morbides :

1° En Phtisiologie, l'étude des courbes d'hémolyses et de la vitesse de sédimentation contribuera au dépistage tuberculeux et à la surveillance de la primo-infection. Elle permettra un contrôle plus précis des tuberculeux traités, ainsi que l'appréciation de la qualité de la stabilisation. Elle sera utile pour déterminer le moment favorable à la collapsothérapie.

Tout ceci, du reste, a fait l'objet de divers travaux, dont deux thèses soutenues à Paris.

2° Dans les leucémies et les maladies d'Hodgkin, la pratique des tests s'avère intéressante pour en suivre l'évolution.

3° Dans la diathèse arthritique, une investigation plus poussée permettra de déterminer l'importance de la réaction arthritique au cours de la tuberculose et de distinguer les arthro-tuberculoses des tuberculoses pures, telles qu'elles ont été définies cliniquement par Menétrier. Il en sera de même pour différencier les cancers purs des arthro-cancers. Cette réaction « arthro » étant importante, car son augmentation, à l'inverse de sa diminution, serait d'un pronostic favorable.

4° En rhumatologie, dans les dysendocrinies, dans l'asthme, cette méthode permet aussi d'intéressantes remarques.

5° Enfin, le Docteur A. Mattéi a pu pratiquer, dans le service de Monsieur le Professeur Lantuejoul, à la Clinique Tarnier, une expérimentation des Hémo-tests au cours de la grossesse. Ceci lui a permis plusieurs constatations appréciables sur l'utilisation possible des réactions pour le contrôle de l'évolution de la gravidité. En effet, la gestation normale peut se schématiser par un diagramme caractéristique. Toute grossesse anormale devient alors décelable par la différence qui existe entre les tests qu'elle donne et ces tests-types.

On peut aussi surveiller une tuberculose associée à la grossesse, ce qui est particulièrement intéressant, chez une bacillaire enceinte. Car si une poussée évolutive vient à se produire, elle est immédiatement détectée par les tests typiques de bacillose en évolution. Les tests normaux signifiant au contraire une tuberculose stabilisée.

Généralités sur les principes et la technique des Hémo-tests associés de Mattei

Nous ne saurions envisager, ici, l'étude approfondie des principes et de la technique des Hémo-tests associés. Nous renvoyons pour cela aux différentes publications de A. Mattéi. Cependant, il nous semble utile d'en rappeler les grandes lignes et la terminologie encore peu familières.

Il s'agit d'une méthode, qui permet de mettre en évidence, dans plusieurs états pathologiques, des caractéristiques sanguines particulières. Mais nous ne retiendrons, ici, que la seule séméiologie hématique révélée par les Hémo-tests dans les néoplasies.

Grâce à ces notions supplémentaires ainsi acquises et se superposant aux renseignements cliniques existants, on pourra obtenir des indications ou des précisions quant à l'orientation du diagnostic et de la conduite thérapeutique. De plus l'évaluation de la résistivité du malade sera aussi rendue possible et, par là même, permettra une plus juste appréciation du pronostic.

On a recours à :

A) *Trois Tests Hémolytiques* :

a) Hémolyses provoquées;
b) Hémolyse spontanée;
c) Hémolyse excédentaire.

B) *La vitesse de sédimentation globulaire.*

L'auteur a attribué une signification biologique à chacune de ces épreuves sanguines en se basant sur une expérimentation, portant, à ce jour, sur 30.000 examens représentant environ 10.000 malades contrôlés. Signification qui, dit-il, semble justifiée par la loi des grands nmbres.

Nous n'entrerons pas dans le détail des techniques particulières de laboratoire. Rappelons simplement les conditions dans lesquelles doit se faire le prélèvement sanguin :

Les épreuves s'effectuent sur le sang total fraîchement recueilli et rendu incoagulable par l'addition d'une solution de citrate de soude à 4%. On fait une ponction veineuse, au pli du coude, en retirant, si possible, le garrot dès que l'aiguille est dans la veine (ceci pour éviter tout phénomène d'oxydation).

Il est souhaitable de mettre la solution de citrate de soude dans dans la seringue. On aspire alors le sang lentement jusqu'à la quantité totale prévue.

Exemple :

Avec 1 cc. de citrate, on prélève 4 cc. de sang de façon à avoir un volume total de 5 cc. qui constitue la quantité minima pour l'exécution correcte des tests. L'échantillon doit alors être examiné rapidement, si possible dans les cinq heures suivantes, au plus tard dans les vingt-quatre heures.

S'il est nécessaire d'effectuer une expédition du pré-

lèvement, Mattéi conseille d'utiliser un flacon ou une ampoule scellée, stériles, d'une contenance double du volume du prélèvement.

Notons, enfin que les poussées fébriles, les dermatoses aiguës, les règles et toutes les hémorragies récentes, sont des contre-indications temporaires à la réaction.

Envisageons maintenant les caractéristiques de chacune des épreuves, ainsi que la signification particulière qui leur est attribuée.

A) Les Tests Hémolytiques

a) *Hémolyses provoquées :* au nombre de quatre, elles s'obtiennent au moyen de solutions titrées de venins de cobra, de crapaud et d'abeille, ainsi que de lipoïdes de couleuvre.

Elles apportent à la fois des notions qualitatives et des notions quantitatives.

— Notions qualitatives : c'est « la conception de terrain ». En effet, le sang d'un sujet indemne ne réagit pratiquement pas aux doses employées; mais par contre, on obtient un degré variable d'hémolyse avec chaque détecteur dans chaque cas pathologique. Le terrain cancéreux, envisagé ici, donne les chiffres les plus élevés avec les lipoïdes de couleuvre (le venin de cobra détecte le tuberculisme; celui de crapaud une dysendocrinie; celui d'abeille, l'arthritisme).

— Notions quantitatives : elles représentent « l'auto-défense globale » du malade et se traduisent par l'étude des chiffres fournis par les différentes hémolyses. Cette série d'épreuves variera, en effet, plus ou moins suivant l'auto-défense globale du malade. Elle sera forte lors des premiers stades évolutifs, puis ira en décroissant au fur et à mesure du développement de la tumeur.

Elle nous donne un premier chiffre.

b) *Hémolyse spontanée :* c'est l'extravasat d'hémoglobine susceptible d'apparaître dans le plasma surnageant les globules sédimentés.

Ce test traduit « l'auto-défense actuelle » du sujet, c'est-à-dire sa réactivité humorale à l'agression, son allergie pure.

Il est variable suivant le degré d'évolution du cancer.

Il permet de définir les limites des « stades évolutifs » :

— lors des débuts de la cancérisation, on aura une allergie ;

— à la phase tumorale, proprement dite, une anergie lui fera suite ;

— enfin, quand le néoplasme tendra à se généraliser, on verra réapparaître l'allergie.

Ainsi l'hémolyse spontanée, qui sera forte au début de l'évolution, ira en décroissant rapidement pour disparaître en général dès que se manifestera le début clinique de la période d'état ; mais on la retrouvera à la phase de généralisation.

On a ainsi, un deuxième chiffre.

c) *Hémolyse excédentaire :* Ce n'est qu'une simple donnée de calculs, représentée par la différence entre les valeurs des deux épreuves précédentes. C'est l'excédent de l'hémolyse provoquée sur l'hémolyse spontanée, autrement dit de « l'auto-défense globale » sur « l'auto-défense opposée à l'agression ».

On peut dire, que c'est « l'auto-défense disponible » du sujet, son potentiel de résistance à un moment évolutif donné. C'est une sorte d'immunité relative en cours de maladie.

On obtient ainsi une troisième valeur.

B) La vitesse de sédimentation est appréciée par la méthode de Westergreen et chiffrée en moyenne horaire sur deux heures.

Elle représente « l'incidence humorale des données lésionnelles et para-lésionnelles fournissant un regard sur ces notions toxhémiques » (Mattéi).

« Elle traduit un complexe d'ordre lésionnel » (Mattéi). C'est une variable plus accessoire, mais qui peut cependant fournir des indications sur l'importance du processus ou sur le degré de toute infection surajoutée.

Elle nous fournit un quatrième chiffre.

Pris individuellement, tous ces tests ne permettent aucune conclusion. Il en va tout autrement de leur association. En effet, celle-ci, selon les propres termes de Mattéi, va nous permettre de disposer d'une véritable mesure à trois dimensions.

Pour matérialiser cela, on se servira d'un graphique où seront portées, en ordonnée, les valeurs obtenues simultanément dans nos quatre épreuves. Le temps figurera en abscisse.

Dix jours plus tard, au minimum, on fera une nouvelle série d'hémolyses, avec une autre vitesse de sédimentation, et on portera les chiffres obtenus sur le même graphique.

Les points correspondants étant alors reliés entre eux, on se trouvera en possession de quatre tracés :

— une courbe d'hémolyse provoquée;
— une courbe d'hémolyse spontanée;
— une courbe d'hémolyse excédentaire;
— une courbe de sédimentation.

Cet ensemble forme, ce que l'on peut appeler le « cancérogramme » du sujet.

Il a été établi, par Mattéi, des courbes-types (on trouvera aux figures 1 et 2 les diagrammes d'évolution et de régression).

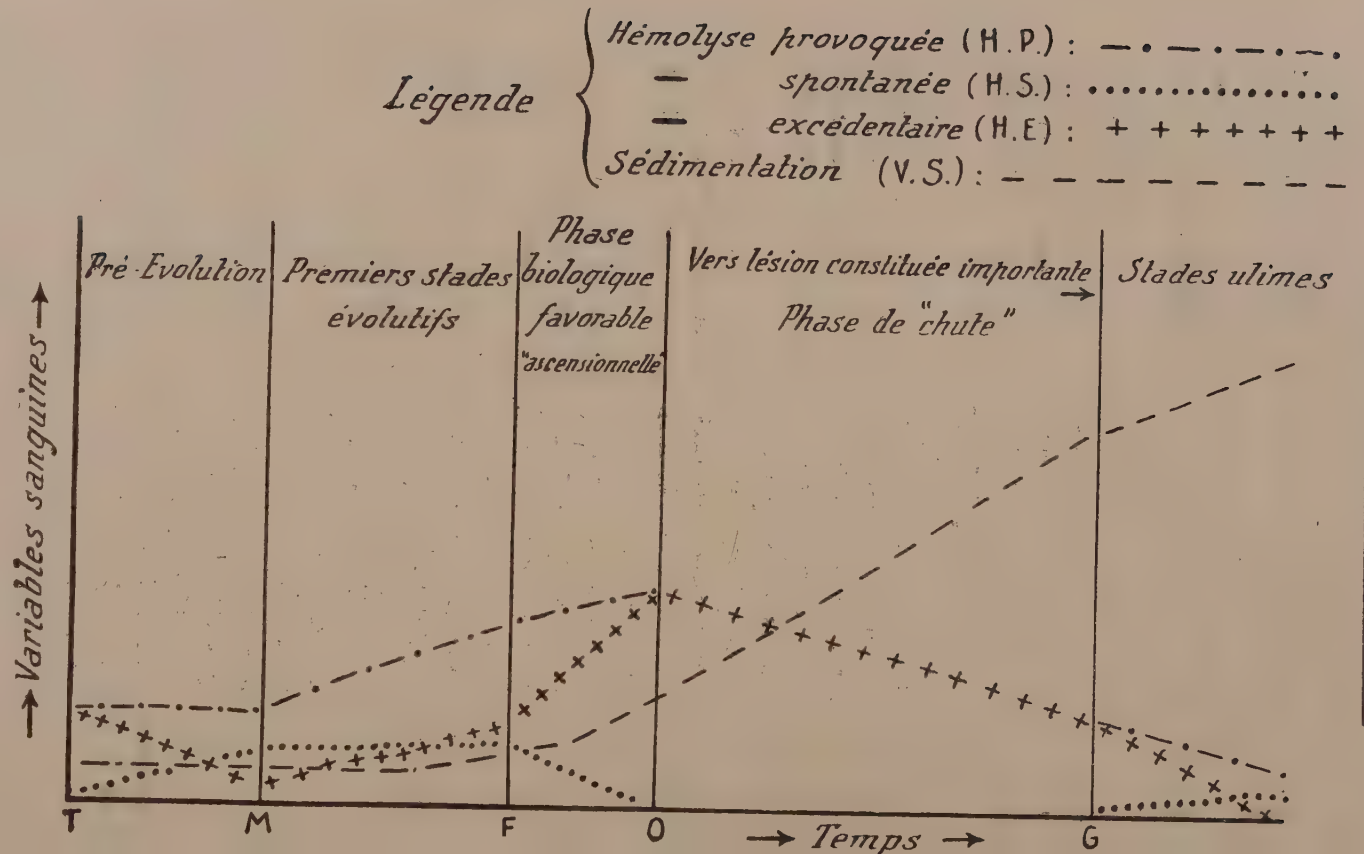

Fig. 1
Diagramme d'évolutivité

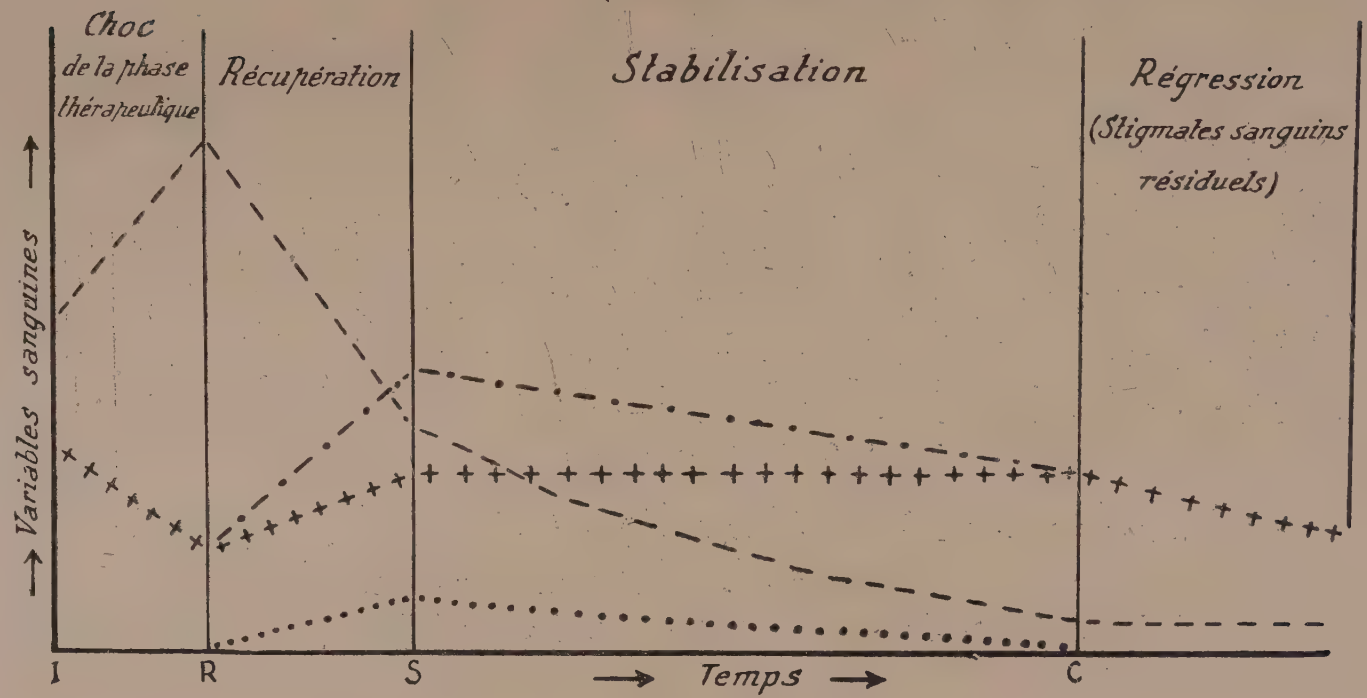

Fig. 2
Diagramme de stabilisation.

« Ces courbes sont un mode représentatif général, à des variantes près, du développement dans l'organisme des grandes affections diathésiques » (Mattéi).

En comparant, à ces courbes-étalons, les propres tracés du sujet examiné, on peut en tirer, suivant les analogies ou les différences, des indications précieuses.

En effet, si, entre le diagramme du sujet suspect et les diagrammes-types, on trouve des valeurs concordantes ou tout au moins si l'approximation est suffisante, il sera possible de poser un diagnostic de probabilité. Mais on retirera aussi de cette comparaison des renseignements permettant d'apprécier le stade de la tumeur et la résistivité du malade. Ceci servant à définir la tendance évolutive de l'affection.

Ainsi on pourra reconnaître « qu'un processus est globalement évolutif quand les données lésionnelles augmentent alors que l'auto-défense diminue » (Mattéi).

Et par contre « un processus sera globalement régressif si les données lésionnelles diminuent alors que l'auto-défense augmente » (Mattéi).

Ce sont ces éléments de pronostic sur lesquels nous insisterons, puisque tout naturellement ils présentent un intérêt primordial pour les indications opératoires chez les cancéreux.

Interprétation des Hémo-tests associés

Dans ce chapitre encore nous ne voulons donner qu'un aperçu de la manière dont sont utilisés les Hémo-tests en cancérologie.

On verra de quelle façon ces épreuves peuvent aider au diagnostic. On envisagera leur intérêt, soit pour la détermination chez un sujet quelconque d'une simple prédisposition au cancer, soit pour la détection d'une néoplasie en évolution.

De plus, dans les cas où une tumeur sera ainsi reconnue, on étudiera la façon d'en préciser le moment évolutif et l'importance en fonction de la résistance du sujet.

Enfin on examinera ensuite les éléments intéressants, retirés des tests, permettant d'établir le pronostic, en insistant tout particulièrement sur les renseignements susceptibles d'orienter ou de préciser les indications opératoires.

Hémo-dianostic

La présomption élective du terrain cancéreux, nous l'avons vu au précédent chapitre, s'obtient dans le groupe des réactions d'hémolyses provoquées à l'aide des lipoïdes de couleuvre.

Suivant l'importance de cette hémolyse par rapport à celle obtenue avec les venins de crapaud, de cobra et d'abeille, Mattéi a caractérisé cinq groupes exclusifs :

GROUPES	VENINS			Lipases ophidiennes
	de Cobra	de Crapaud	d'Abeille	
I	0	0	0	+
II	+	0	0	++
III[1]	+	+	0	++
III[2]	+	0	+	++
IV	+	+	+	++

Lorsqu'on pratiquera les Hémo-tests chez un malade, avec une seule réaction, on pourra souvent classer déjà le sujet examiné dans une des deux grandes catégories suivantes :

1° *La notion de terrain cancéreux peut être pratiquement éliminée.*

« Le diagnostic non seulement de néoplasie mais aussi de pré-cancérose pourra être écarté avec théoriquement 99 chances sur 100 » (Mattéi).

A l'appui de cette affirmation, nous rapportons à titre indicatif les essais effectués au Centre Chirurgical de Saint-Germain-en-Laye dans le service du Docteur Larget : les auteurs, fournissant au Docteur Mattéi des indications cliniques succinctes (simplement notion d'organes suspects), soumirent à la réaction 14 malades atteints de diverses néoplasies dont le diagnostic était bien établi. Dès la première épreuve, l'Hémo-diagnostic s'avéra concordant dans 13 cas (J. Guilleminot et A. Mattéi).

2° *Le terrain cancéreux existe.*

Dès lors, il s'avère indispensable d'effectuer non seulement les examens cliniques spéciaux, mais encore, la deuxième épreuve d'hémolyse. Cette seconde réaction sera pratiquée à dix jours d'intervalle de la première. Elle va apporter des renseignements complémentaires essentiels et un diagnostic plus fouillé.

En effet, Mattéi envisage alors les sous-groupes suivants :

On se trouve en présence d'une *pure notion de terrain*, c'est-à-dire d'une simple diathèse cancéreuse sans qu'il y ait de substratum pathologique.

Ce sera la comparaison des valeurs de nos réactions à la première et à la seconde épreuve, qui va nous permettre de déterminer le degré de résistance du sujet.

Si, à la deuxième épreuve, deux variables restent dans les normes :

— sédimentation de moins de 3 pour 100;

— hémolyse spontanée : nulle ou traces,

mais que :

— hémolyse provoquée globale soit au voisinage de 4, l'hémolyse excédentaire (égale à l'hémolyse provoquée moins l'hémolyse spontanée, soit ici 4—0=0 se confondra avec l'hémolyse provoquée.

L'équation :

« Hémolyse excédentaire »=« Hémolyse provoquée globale », permet de conclure que le sujet a un potentiel d'auto-défense indemne.

B) On a découvert des *stigmates sanguins* résiduels d'un premier néoplasme qui s'est maintenant stabilisé mais dont la virulence persiste.

Les variables sanguines un peu anormales ne changent guère entre les deux examens :

— sédimentation : très peu accélérée et inférieure à 6%;

— hémolyse spontanée : faible : moins de 0,25 :
— hémolyse excédentaire : au-dessous de 4.

Si le chiffre 4 représente la normale minima d'hémolyse excédentaire, une valeur plus petite que 4 laissera supposer une perte partielle du potentiel d'auto-défense du malade.

Autrement dit on pourra craindre l'apparition d'une récidive.

C) Enfin il s'agit d'*un processus* d'allure évolutive.

Cette évolution peut être, soit purement humorale, le sujet ne présentant pas encore de signes cliniques, soit à la fois humorale et clinique.

a) Phase « d'évolution humorale » (pré-cancérose).

Si l'on se trouve à ce stade, entre la première et la deuxième épreuves, on notera :

— une hémolyse provoquée ne changeant pas, c'est-à-dire une auto-défense stable.
— une hémolyse spontanée :
qui apparaît : signifie une première localisation ;
qui se renforce : décèle une récidive ;
— une hémolyse excédentaire qui va s'affaiblissant et la phase négative du test se prolonge jusqu'à l'étape lésionnelle. « Elle objective in vitro la période de fatigabilité, d'anxiété, de psychasthénie bien connue des cancérologues qui « sentent venir le cancer » chez des malades en observation, bien que l'investigation la plus minutieuse ne puisse rien déceler chez ces néoplasiques « humoraux » (Mattéi).

Il y aurait dans cet affaiblissement de l'àuto-défense une possibilité de dépistage de la « pré-cancérose » ou de la « pré-récidive ».

b) Phase humorale et clinique.

Que deviennent alors nos variables?

— l'hémolyse provoquée globale : augmente.

— l'hémolyse spontanée : augmente puis diminue, en tendant vers 0.

— l'hémolyse excédentaire : remonte.

— la vitesse de sédimentation peut ne pas être influencée. Exemple : normale longtemps dans la plupart des cancers du sein non ulcérés, elle s'accélère très vite dans les néo-digestifs sous-diaphragmatiques.

Ces variations concomitantes des tests permettront de soupçonner un néoplasme en évolution.

Le grand intérêt des Hémo-tests associés réside donc dans le fait qu'ils apportent, à la clinique, aussi bien des indications diagnostiques complémentaires qu'une appréciation plus exacte de la résistivité du sujet à l'agression néoplasique. Ils permettent en outre un dépistage précoce des récidives.

Hémo-pronostic

On aborde ici un paragraphe d'un intérêt tout spécial pour ce travail.

C'est essentiellement, en se basant sur les données pronostiques fournies par les Hémo-tests associés, que l'on pourra préciser, sinon établir, les indications opératoires chez les cancéreux avérés. En effet, il est bien entendu que nous n'envisageons que des cas où les examens cliniques apportaient déjà un diagnostic certain. LesHémo-tests ont été alors effectués surtout pour apprécier le degré d'évolution de la tumeur et le potentiel de résistance du malade.

Dès la première épreuve, on peut le plus souvent établir déjà un bilan du sujet. Pour cela, on met en balance les indications fournies par les tests d'une part sur la résistivité du sujet et d'autre part sur le moment évolutif de l'affection.

Mais il est indispensable d'étudier les variations concomitantes de ces facteurs par la deuxième série d'hé-

molyses. Ce sera alors seulement qu'elles prendront tout leur intérêt.

On pourra dès lors se trouver en présence de différents cas :

— le cancer a été diagnostiqué, mais non encore traité.

Les Hémo-tests vont fournir des renseignements utiles quant à la conduite thérapeutique à venir ce qui intéresse tout particulièrement le chirurgien. Il pourra y trouver une aide utile pour la préparation du sujet, et pour les modalités opératoires qui seront établies en fonction de la résistance du malade et de l'importance du néoplasme.

Il sera possible aussi de distinguer les cas limites au-delà desquels toute action s'avère plus ou moins vaine et parfois dangereuse.

— Si l'on a affaire à un malade déjà opéré, une étude des courbes d'Hémo-tests sera aussi très utile. En effet, il est possible, comme nous l'avons vu, de détecter, sur celles-ci, une poussée évolutive ou une récidive, bien avant toute révélation clinique, ceci permettant d'envisager en temps utile les traitements complémentaires désirables.

Valeur pronostique de quelques essais d'Hémo-Tests associés chez les Cancéreux

Ces observations ont été recueillies au cours de l'année 1950, à l'Hôpital de Riom, dans le service chirurgical du Docteur G. THOMAS.

Il s'agit de malades atteints de différentes néoplasies pour lesquelles la clinique apportait déjà une certitude diagnostique.

Des hémo-tests systématiquement pratiqués dans tous ces cas ont présenté une concordance parfaite avec les signes pathologiques relevés. De plus, ces épreuves ont fourni des indications intéressantes sur le stade évolutif de la tumeur et parallèlement sur l'auto-défense du sujet.

Ces notions s'avèrent singulièrement précieuses, puisque la résistivité du futur opéré, appréciée en fonction du degré d'évolution de son cancer, constitue les éléments essentiels permettant de baser le pronostic opératoire.

Dès lors, nous verrons qu'il sera possible au chirurgien de trouver, dans ces renseignements, des indications nouvelles pour l'intervention à venir.

OBSERVATION PREMIERE

Monsieur L... 61 ans.

Ce malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de sténose complète du pylore.

Les signes cliniques sont évidents :

— Le sujet est très amaigri, asthénique, et se plaint d'une douleur qui atteint son acmé trois ou quatre heures après les repas.

— Il a eu des vomissements abondants, d'odeur rance, où l'on retrouvait des aliments non digérés absorbés depuis plusieurs jours.

— A l'examen physique, nous notons du clapotage à jeun et après les repas, il est possible de détecter des ondes péristaltiques évoluant dans l'hypocondre gauche.

— Un cathétérisme gastrique pratiqué à jeun ramène une quantité notable de liquide acide contenant des aliments ingérés la veille.

— Nous ne remarquons rien d'anormal du côté des appareils pulmonaire, cardiaque, rénal et nerveux.

— Tension artérielle : Mx : 13
Mn : 9

— Examen de sang :
urée sanguine : 0 g. 40
glycémie : 0 g. 95

— *Deux épreuves d'hémo-tests* demandées à dix jours d'intervalle donnent les résultats suivants :

1ère épreuve : le 18 mars 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 15
2 h. : 36

Vitesse moyenne horaire : 8,25
Hémolyse spontanée : 0
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,50	0	0,20	1,50

Hémolyse excédentaire : 3,20.

2ème épreuve : le 28 mars 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 18
2 h. : 40
Vitesse moyenne horaire : 9,5
Hémolyse spontanée : 0,10
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,25	0,10	0,20	1,50

Hémolyse excédentaire : 2,45.
Soit : — Terrain cancéreux;
— Néoplasie très avancée avec hépatite en cours.
— Auto-défense défavorable à l'action locale.

Il est cependant décidé d'opérer.
L'intervention a lieu le 3 avril 1950.
Anesthésie : locale.

On découvre un estomac qui présente au niveau de la région antro-pylorique une paroi rétractée et d'une coloration pâle. Par ailleurs, la palpation révèle à ce niveau une masse rigide et cartonnée dont on sent le relief intra-gastrique en déprimant du doigt la zone saine.

L'épiploon au voisinage est épaissi, rétracté et scléreux. Il y a des adhérences avec les organes voisins notamment au pancréas, au foie et à la vésicule biliaire.

Les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés, surtout ceux des chaînes gastro-épiploïques et rétro-pyloriques.

Devant cet aspect typique de néo antro-pylorique, on effectue une gastro-entéro-anastomose à titre palliatif.

Au cours de l'intervention, on fait une biopsie pour examen anatomo-pathologique. Nous apprenons ainsi par la suite, qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique.

Les suites opératoires sont normales et sans incident notable jusqu'au huitième jour. Le malade commence alors un ictère par rétention et meurt quatre jours après.

OBSERVATION II

Mademoiselle C..., 63 ans

Cette malade nous est adressée par son médecin traitant qui s'inquiète de petites hémorragies anales qu'elle a présentées au moment de la défécation et dont il n'a pu préciser l'origine, par le toucher rectal.

L'interrogatoire nous apprend que Mlle C... souffre aussi de crises alternées de constipation et de diarrhée. Les périodes de constipation sont particulièrement prolongées et persistantes.

Une rectoscopie est effectuée et nous montre, à l'union du rectum et du sigmoïde, face postérieure, une ulcération rouge vif à fond sagneux.

L'examen général est satisfaisant dans l'ensemble. Cependant, on relève une tension artérielle un peu forte : Mx : 20 - Mn : 14.

Cherchant l'explication de ces chiffres élevés, nous demandons une analyse de sang et une analyse d'urine dont voici les résultats :

Examen de sang :

Urée : 0 g. 40
Cholestérol : 1 g. 62
Glycémie : 1 g. 05
B. W. : +++

Examen d'urine :

Albumine : 0
Sucre : 0
Ni cylindre, ni cellule.

Le Bordet-Wassermann, fortement positif, peut expliquer l'hypertension, aussi nous mettons en œuvre un traitement spécifique. De fait, en quatre semaines, les chiffres tensionnels reviennent à des valeurs sensiblement meilleures :

Mx : 16 - Mn : 10.

Entre temps. on a effectué *les hémo-tests suivants :*

1ère épreuve : le 14 avril 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 8
2 h. : 14
Vitesse moyenne horaire : 3,75.
Hémolyse spontanée : 0,35.
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
2.5	0	0.45	0.5

Hémolyse excédentaire : 2,35.

2ème épreuve : le 25 avril 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 2
2 h. : 3
Vitesse moyenne horaire : 1
Hémolyse spontanée : 0,2

Hhémolyses provoquées :

1	2	3	4
2,25	0	1,5	1,25

Hémolyse excédentaire : 4,20,

Soit : — Terrain cancéreux,

— Néoplasie en évolution,

— Auto-défense très mauvaise déconseillant l'intervention.

L'état général de la malade paraît cliniquement satisfaisant, lorsqu'on opère le 27 avril 1950.

Anesthésie : rachi légère (20 cc de Percaïne).

On fait une abdomino-périnéale pour amputation.

L'intervention s'effectue sans difficultés.

On note la présence d'un peu d'ascite et de quelques ganglions, le long de l'hémorroïdale supérieure.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes :

— La température, après un clocher thermique à 39°5, se maintient aux environs de 38°.

— Les premiers gaz se manifestent au bout de 36 h.

— Selles par l'anus iliaque, le troisième jour.

Mais, subitement, au soir du 13ème jour, la malade se plaint d'une sensation angoissante rétro-sternale à type angineux. Elle devient dyspnéïque et présente une expectoration abondante.

A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de galop. La tension artérielle est de : Mx : 14 - Mn : 10; le pouls très rapide.

Il y a aussi de la congestion des bases avec ronchus et sibilants généralisés.

Malgré les thérapeutiques énergiques mises en œuvre, exitus dans la nuit.

OBSERVATION III

Mademoiselle B., 51 ans

Mademoiselle B... que nous avions opérée d'un panaris de la pulpe de l'index droit, revient nous consulter, se plaignant d'une douleur dans le membre supérieur correspondant. Douleur qu'elle considère comme consécutive à son panaris.

Pensant qu'il pouvait s'agir de phénomènes causalgiques, nous décidons d'essayer des infiltrations stellaires. Il est effectué ainsi trois séries de six infiltrations, à deux mois d'intervalle et à la cadence de deux piqûres par semaine, quand la malade nous signale, un jour, qu'elle a présenté, au cours de la défécation, de petites émissions de sang rouge. L'accident ne s'est du reste produit que deux ou trois fois.

Il n'y a, par ailleurs, aucun autre symptôme digestif : le transit intestinal est régulier, pas de diarrhée, ni de constipation; aucun phénomène douloureux.

Nous trouvons des hémorroïdes qui ne semblent pas en cause et le toucher rectal est insuffisant.

Par contre, l'examen rectoscopique s'avère plus instructif.

On voit, en effet, au niveau du tiers moyen du sigmoïde, une petite ulcération irrégulière de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et en voie de perforation.

L'état général est bon.

L'examen des appareils pulmonaire, cardiaque, rénal ne décèle aucune anomalie.

Tension artérielle : Mx : 15
Mn : 9

Examen de sang :
Urée : 0 g. 35
Glycémie : 1 g.
Cholestérol : 1 g. 58
B. W. : —
Hémo-tests.

1ère épreuve : le 23 mai 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 10 2 h. : 20
Vitesse moyenne horaire : 2,5
Hémolyse spontanée : 0,20
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,50	0	0,30	1,50

Hémolyse excédentaire : 2,50.

2ème épreuve : le 3 juin 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 15
2 h. : 28
Vitesse moyenne horaire : 7,25
Hémolyse spontanée : 0,30
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,50	0,20	0,10	1,60

Hémolyse excédentaire : 2,20

Soit : — Terrain cancéreux,
— Cancer en évolution avancée,
— Mauvaise auto-défense déconseillant l'intervention.

Opération le 6 juin 1950.

Anesthésie : rachi légère (20 cc. de Percaïne).

On fait une abdomino-périnéale pour amputation. On ne trouve pas de ganglion dans le méso.

Bonnes suites opératoires immédiates : la température revient assez vite à la normale.

Gaz au bout de 48 heures.

Selles par l'anus iliaque, le 4ème jour.

Mais à la fin de la deuxième semaine, nous voyons s'installer progressivement une quadriplégie. Le rélexe tricipital disparaît et il se manifeste une anesthésie d'un niveau très élevé intéressant en partie les membres supérieurs. La respiration devient difficile, il apparaît des vomissements, le pouls se ralentit et la mort survient par syncope.

Devant ces symptômes de compression de la mœlle cervicale et nous souvenant des douleurs aux membres supérieurs dont la malade s'était plainte depuis longtemps, nous avions demandé une radiographie du rachis cervical. De fait celle-ci nous a montré une lésion typique de métastase cervicale (vertèbre en galette).

OBSERVATION IV

Madame T..., 42 ans

Cette malade découvre, par hasard, au cours de sa toilette, une petite nodosité, dans un de ses seins. Inquiète, elle décide de se faire examiner.

De fait, nous trouvons à la palpation de la glande, dans le cadran inféro-externe, une petite masse qui est très peu douloureuse et de limitation imprécise et irrégulière.

Le mamelon est normal, sans rétraction ni déviation.

Le glissement de la peau devant la tumeur se fait

sans difficulté et son plissement ne révèle pas l'aspect de la peau d'orange.

Le petit noyau suspect n'est pas, non plus, immobilisé dans la manœuvre d'abduction contrariée du bras.

Une exploration soigneuse de l'aisselle ne montre qu'une adénopathie à vrai dire très minime.

Le sein opposé est parfaitement normal.

L'état général paraît excellent.

Tension artérielle : Mx : 13
Mn : 8

Examen du sang :
Urée : 0 g. 35
Glycémie : 1 g. 02
Hémo-tests :

1ère épreuve : le 22 juillet 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 2
2 h. : 12

Vitesse moyenne horaire : 2
Hémolyse spontanée : 0,25
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
2	0	0,25	0,75

Hémolyse excédentaire : 2.

2ème épreuve : le 3 juillet 1950.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 2
2 h. : 10

Vitesse moyenne horaire : 1,75
Hémolyse spontanée : 0,10

Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,75	0,25	0,5	2

Hémolyse excédentaire : 4,10.

Soit : — Cancer probable.

— Auto-défense favorable à l'intervention.

Opération le 6 juillet 1950.

Anesthésie générale à l'éther.

On fait l'ablation en masse de la glande, des muscles pectoraux et une exploration minutieuse du creux axillaire.

Un prélèvement du noyau extirpé est envoyé au laboratoire qui répond :

« Epithélioma glandulaire atypique périalvéolaire encéphaloïde, relativement diffus et envahissant. Les deux ganglions, adjoints à l'envoi, ne montrent pas de métastase sur les deux coupes totales ».

Les suites opératoires sont excellentes et la malade rentre chez elle, le 23 juillet 1950.

Depuis, elle n'a présenté aucun symptôme montrant une récidive.

OBSERVATION V

Madame L..., 54 ans

Présentant depuis quelque temps de petites pertes vaginales d'aspect séro-sanglant, Madame L... finit par s'inquiéter et se décide à consulter.

L'examen gynécologique s'avère insuffisant et nous faisons un étalement sur lame des glaires cervicales. L'examen cytologique révèle alors de nombreuses mitoses anormales

Il n'y a aucun autre symptôme et l'état général est satisfaisant.

Tension artérielle : Mx : 15 - Mn : 9.

Examen du sang :

Urée : 0 g. 40

Glycémie : 1 g.

Hémo-tests :

1ère épreuve : le 4 août 1950.

Vitesse de sédimentation :

1 h. : 4

2 h. : 8

Vitesse moyenne horaire : 2

Hémolyse spontanée : traces

Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,25	0,40	0,75	1,25

Hémolyse excédentaire : 3,75.

2ème épreuve : le 16 août 1950.

Vitesse de sédimentation :

1 h. : 8

2 h. : 12

Vitesse moyenne horaire : 3,5

Hémolyse spontanée : 0,10

Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
1,25	0,40	0,80	1,50

Hémolyse excédentaire : 3,55

Soit : — Terrain cancéreux ;

— Cancer en évolution ;

— Bonne auto-défense.

On opère le 19 août 1950.

Anesthésie : rachi légère (20 cc. de Percaïne).

On fait une hystérectomie totale. L'intervention s'effectue dans de bonnes conditions.

Examen de la pièce opératoire : à la coupe de l'utérus, nous trouvons une petite masse polypoïde de la grosseur d'un grain de raisin et très rouge à sa base : la tumeur est insérée au fond de la cavité de l'organe. Un prélèvement est envoyé au laboratoire pour examen anatomo-pathologique. On apprend ainsi qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique du corps utérin.

Les suites opératoires sont normales, sans aucun accident.

OBSERVATION VI

Madame R..., 68 ans

Cette malade, souffrant d'une diarrhée profuse depuis 48 heures, appelle son médecin le 10 décembre. Ce dernier la trouve pâle et fatiguée, avec une tension artérielle de : Mx : 11 - Mn : 7 et traite ces phénomènes comme une dysenterie banale. Mais cependant, étant donné l'âge du sujet, il lui fait des recommandations pour le cas où pareil fait se reproduirait.

Le 4 janvier, le médecin traitant est à nouveau appelé par Madame R..., qui s'étant mieux analysée par suite des conseils reçus, lui signale qu'elle a présenté, pendant ce court laps de temps, deux périodes de constipation-diarrhée. Le dernier épisode diarrhéique s'est accompagné de glaires et de sang.

Aussitôt, un rendez-vous est pris avec le radiologue, pour un lavement baryté. En voici les résultats :

« Le lavement pénètre régulièrement dans les segments successifs du colon, sans présenter d'arrêt nette-

ment localisé et sans montrer d'image de rétrécissement pariétal. On note simplement à la partie supérieure du segment sigmoïde, un très léger ralentissement temporaire de la progression coïncidant avec une coudure d'aspect souple, sans disparition du liseré de sécurité.

Tous les segments palpables sont normalement mobiles et souples.

Il existe un envahissement précoce et rapide de l'iléon terminal.

L'examen des radiographies confirme les données radioscopiques.

En résumé, pas d'image radiologique actuellement caractéristique de lésion pariétale infiltrante du colon.

Bien que cet examen soit fort peu démonstratif d'une lésion néoplasique, on demande un *hémo-test :*

Le 29 janvier 1951.

Vitesse de sédimentation :
1 h. : 12
2 h. : 30
Vitesse moyenne horaire : 6,75
Hémolyse spontanée : 1,70
Hémolyses provoquées :

1	2	3	4
0	0	0,40	1,50

Hémolyse excédentaire : 3,75

Soit : — Terrain cancéreux;
— Cancer dans sa phase terminale;
— Mauvaise auto-défense.

Nous sommes alors appelés en consultation pour examen de la malade et nous posons le diagnostic probable de néo du sigmoïde. Comme il n'y a pas de phénomène occlusif et surtout devant les réserves de l'hémo-test sur la résistivité du sujet, nous pensons qu'il y a intérêt à

essayer d'améliorer l'état général avant de faire un anus contre nature.

Mais le 9 février, trois jours après cette consultation, Madame R... nous arrive d'urgence avec un syndrôme occlusif marqué et des coliques particulièrement violentes.

Une radio montre, à ce moment, plusieurs niveaux liquides sur le grêle.

Nous pensons à une agglutination d'anses grêles au niveau de la tumeur et nous arrêtons toute absorption de liquide per os en instituant le traitement journalier suivant :

— 1 litre de sérum physiologique;
— 500 cc. de sérum glucosé;
— 1 hypertonique salé de 20 cc. intraveineux.

Par ailleurs, du 9 au 13 février, la malade est examinée à la radio quotidiennement ou bi-quotidiennement. Six radiographies sont ainsi prises en position semi-verticales, et les constatations suivantes sont faites :

« Au début, forte distension hydroaérique de quelques anses grêles, à la partie médiane de l'abdomen, les niveaux liquides existant surtout à gauche.

Puis, progressivement, alors que les niveaux liquides diminuent, la distension gazeuse s'agrandit en se déplaçant sur la droite. Enfin, les gaz atteignent le colon; sur la dernière radiographie, ils dessinent particulièrement bien l'angle colique gauche et le colon descendant. Néanmoins, il persiste, en superposition, une notable pneumatose du grêle et une certaine opacité, probablement liquidienne de la partie inférieure de l'abdomen..

L'ensemble des examens est en faveur d'un obstacle diffus de la région abdominale inférieure ».

Le 14 février, les anses grêles se sont vidées et les gaz passent normalement par l'anus.

Le 15 février, nous faisons reprendre l'absorption de liquides et le contrôle radiologique nous montre :

« La réapparition d'images de forte distension gazeuse du grêle couvrant en majeure partie les gaz coliques. Il persiste des images d'opacité liquidienne probable à la partie inférieure entre les deux crêtes iliaques ».

On décide alors de faire une laparotomie exploratrice pour tenter, si possible, une anastomose entre la fin de la première anse grêle dilatée et le transverse.

Pendant trois jours, la malade est préparée par des injections quotidiennes de sérum physiologique salé et glucosé. Elle reçoit également per os : 1 gr. d'auréomycine et X gouttes de digitaline par jour. Enfin, la veille de l'intervention, Mme R... bénéficie de 500 cc. de sang conservé.

Opération le 19 février 1951.
Anesthésie : rachi légère (20 cc. de Percaïne).

A l'ouverture, on trouve un accolement de plusieurs anses grêles dans le petit bassin qui est complètement bloqué par une tumeur du sigmoïde. Nombreuses métastases, sur tout le péritoine et les anses grêles. L'épiploon est farci de noyaux métastatiques et il y a environ trois litres de liquide d'ascite. Il s'avère impossible d'abaisser le transverse qui est probablement tenu dans la région sous-hépatique. D'autre part, une anastomose avec le sigmoïde n'est pas faisable non plus.

L'état de la malade s'aggravant rapidement au cours de l'opération et devant le peu de résultats que l'on pouvait escompter d'une intervention quelle qu'elle soit, on referme la paroi.

Le 6 mars, au moment où nous terminons ce travail, Madame R... vient de rentrer chez elle dans un état de cachexie prononcé. Il faut s'attendre à une issue fatale prochaine.

Que déduire de ces observations ?

D'abord, nous constatons une parfaite concordance diagnostique. Dans tous les cas, le laboratoire auquel n'était fourni qu'un échantillon de 5 cc. de sang citraté à 4%, nous a donné une réponse en accord parfait avec les renseignements cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques relevés par ailleurs.

A chaque observation, l'hémo-diagnostic s'est avéré juste, décelant une néoplasie dans 6 cas sur 6.

D'autre part, nous avons eu, pour chaque malade, des notions hautement précieuses sur les qualités de l'auto-défense et sur la tendance évolutive de la tumeur. Ce sont ces derniers renseignements qui, déjà à la base de l'hémo-pronostic, seront d'un intérêt certain pour les indications opératoires chez les cancéreux.

En effet, sans se substituer aux indications majeures données par la clinique, les biopsies ou la radiologie, les tests apporteront des éléments d'appréciation supplémentaires et très utiles.

Dans l'Observation I (néo antro-pylorique) les hémo-tests avaient décelé un état de néoplasie très avancé avec hépatite en cours et auto-défense déconseillant l'action locale. De fait, le malade faisait un ictère par ré-

tention quelques jours après son opération et décédait rapidement.

Dans les Obesrvations II et III (néos du rectum et du sigmoïde) les deux épreuves des tests décelaient, sous les apparences trompeuses d'un bon état général et de lésions semblant encore limitées, des tumeurs déjà d'évolution avancée. L'auto-défense se révélait très mauvaise et défavorable à l'intervention. Dans les deux cas, les malades faisaient rapidement des complications brutales et mortelles que rien, en dehors des tests, ne permettait de prévoir.

Par contre, dans le cas de cancer du corps utérin (Observation V) et dans celui de néoplasie du sein (Observation IV), les hémolyses indiquaient une excellente auto-défense avec des tumeurs encore à un stade précoce. Chaque fois, l'intervention donna les résultats que permettait d'escompter la clinique.

Enfin, pour notre dernière malade (Observation VI), l'hémo-test s'est avéré encore plus instructif puisqu'il détectait un cancer dans sa phase terminale, alors que les signes radiologiques et même cliniques étaient très imprécis.

L'évolution, les découvertes de l'intervention ainsi que les suites opératoires confirmèrent toutes les prévisions des épreuves d'hémolyses.

Conclusions

Les hémo-tests associés de Mattéi, sans vouloir se substituer aux différents renseignements cliniques habituels, apportent des notions nouvelles qui peuvent être intéressantes pour les indications opératoires chez les cancéreux.

En effet, devant un cancer cliniquement évident, on ne peut définir d'une façon certaine les chances données au malade par une intervention. Ceci, parce qu'il est difficile d'apprécier le degré et surtout la tendance évolutive de la tumeur en fonction de l'auto-défense propre du sujet.

La réaction de Mattéi peut aider à combler cette lacune, car elle donne des indications particulières aussi bien sur la résistivité du malade que sur le diagnostic d'orientation ou le pronostic du stade évolutif de la néoplasie.

Il sera donc possible de trouver dans la pratique de cette nouvelle technique sérologique des notions originales et très utiles pour les indications opératoires.

De fait, s'il s'agit de préciser un diagnostic de néoplasie (par exemple lorsque les signes cliniques ou radiologiques s'avèrent encore trop imprécis ou quand une biopsie n'est pas faisable), les hémo-tests apporteront au chirurgien une aide précieuse.

De plus, l'évaluation de la tendance évolutive de la tumeur et de l'auto-défense du sujet sera d'un grand secours, aussi bien pour poser un pronostic opératoire que pour décider des modalités de l'intervention et, s'il y a lieu, des traitements complémentaires.

Le Président de la Thèse :
VIRENQUE

Vu : Le Doyen :
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 15 Mars 1951.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

Bibliographie

A. Mattéi. — « Une réaction par Hémo-tests associés. Premiers essais dans le Cancer et la Tuberculose ». — *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène Générale* 1946, n° 579-805.

A. Mattéi. — « Correspondance entre réactions d'auto-défense et certains tests hémolytiques ». — *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène Générale* 1949, n° 603-606.

A. Mattéi. — « Une réaction par Hémo-tests associés. Ses applications dans le dépistage et dans le contrôle de l'évolution des Cancers et de la Tuberculose ». — *Le Concours Médical* 1946, n° 21.

Guilleminot et A. Mattéi. — « Essais de diagnostic dans les Cancers par les Hémo-tests associés de Mattéi » (travail du Service Larget, à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye). — *Le Concours Médical*, 7 juin 1947.

F. Thorel. — « Hémo-tests et Streptomycine ». — *Le Concours Médical* 1950, n° 44.

A. Mattéi. — « Une réaction par Hémo-tests associés. Applications actuelles dans le Cancer et la Tuberculose ». — *Annales de Biologie Clinique* 1947, n° 4.

A. Mattéi. — « La réaction, par Hémo-tests associés dans l'étude des terrains arthritique, cancérinique et tuberculinique ». — *Bulletin du Centre Homéopathique de France*, 1947.

A. Mattéi. — « Contrôle biologique de l'action des tuberculines ». — *Bulletin du Centre Homéopathique de France* 1949.

Mlle Jeanniart du Dot. — « Essais de contrôle d'évolution dans la tuberculose pulmonaire par les Hémo-tests associés » (travail du Service de Pthisiologie de Madame Damougeot, à l'Hôpital de St-Germain-en-Laye). — *Thèse*, Paris 1947. Président : Professeur Léon Binet.

M. Mauduit. — « Contrôle de tuberculeux pulmonaires par les Hémo-tests associés » (travail de l'Hôpital Militaire Percy). — *Thèse*, Paris 1948. Président : Professeur Bariéty.

A. Mattéi. — « Les réactions d'auto-défense objectivées et mesurées « in vitro » dans la tuberculose (N° 7) et dans les néoplasies (N° 10). — *Archives Hospitalières* 1949, n° 7 et 10.

F. Thorel. — « La réaction de Mattéi par Hémo-tests associés ». — *Le Médecin Bas-Alpin* 1949, n° 4.

A. Mattéi. — « Un nouveau mode d'investigation biologique : Les Hémo-tests associés. Leurs applications en Phtisiologie, Cancérologie et Rhumatologie ». — *Le Toubib. Les activités médicales* 1949, n° 3-6-10. 1950 n° 2-3.

A. Mattéi. — « La notion de terrain à la lumière des Hémo-tests associés ». - *La Revue de Morpho-physiologie humaine*, juin 1950.

A. Mattéi. — « Les Hémo-tests associés ». « Technique de Mattéi » 1950.

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve LION & Fils
2, rue Romiguières — TOULOUSE

A. a. 91 Dép. lég. 2e trim. 51